

利用者状況記録

今回記録日：平成 年 月 日
 前回記録日：平成 年 月 日
 記録者職・氏名：

利用者氏名	男・女	生年月日	M.T.S	年	月	日	年齢	才	
住所	〒 <div style="text-align: right;">電話番号 — —</div>								
公費負担医療	公費負担者番号						適用開始	年 月 日	
	公費受給者番号						有効期限	年 月 日	
介護保険	被保険者番号						要介護度	要支援 ()・要介護 ()	
	要介護等認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日							
	認定審査会意見								
	他サービス利用状況	訪問系サービス			通所系サービス			その他サービス	
		訪問入浴介護	週	回	通所介護	週	回	福祉用具貸与	(品目)
訪問看護		週	回	通所リハビリテーション	週	回	特定福祉用具販売		
訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導		週	回						
短期入所利用日数	日/月当たり・年当たり								
身体障害者手帳交付の有無等	有・無 (有の場合手帳の種類)								
障害福祉サービス(居宅介護・重度訪問介護等)受給の有無等	有・無 (有の場合(障害程度区分)支給決定時間数 居宅介護 時間・重度訪問介護 時間)								
民生委員	氏名	住所 電話番号 — —							
緊急時の連絡先	家族	氏名 続柄	〒 電話番号 — —						
	主治医	医療機関名称 医師氏名	電話番号 — —						
家族構成図(介護者の状況等)				住居の状況：一戸建て(平屋・〇階建・中・高層アパート・マンション) (間取り等の略図)					
※ 親子、配偶関係を階層的に記するなど、分かりやすい表記となるよう工夫することが望ましい。									
主たる介護者 () 同居家族 (有・無)									
生活歴・職業歴・婚姻歴等				屋内外の移動等に際して、留意すべき事項					
※ 必ずしも、聴き取らなければならない情報ではないが、サービス提供を行う上での禁忌(タブー)の把握を行うといった点で有用であるとする。									

既往症 疾患名 () 発症時期 (年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 () 発症時期 (年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 () 発症時期 (年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置) 疾患名 () 発症時期 (年 月頃) 受療の有無 (治癒・治療中・放置)
通院の状況 (上記において治療中である場合) 医療機関名 () 主治医氏名 () 服薬 (有・無) 医療機関名 () 主治医氏名 () 服薬 (有・無) 医療機関名 () 主治医氏名 () 服薬 (有・無) 医療機関名 () 主治医氏名 () 服薬 (有・無)
認知症老人の日常生活自立度 ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M ・判定日: 年 月 日 判定結果: I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M
障害老人の日常生活自立度 ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C ・判定日: 年 月 日 判定結果: J ・ A ・ B ・ C
ご家族の習慣的・個別的な介護方法

ADLの状況		援助の必要性
歩 行		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
食 事		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
排 泄		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
入 浴		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
整 容		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
意思疎通		(有・無) 見守り・一部介助・全介助
その他		(有・無) 見守り・一部介助・全介助

サービス担当者会議の概要

- (初回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：
- (回) 開催日及び出席者：平成 年 月 日 ()
会議内容及び結論等：

記載欄が不足する場合は、別葉とするなど工夫してください。

居宅介護支援事業者名（事業者番号）

担当介護支援専門員

TEL

—

—

（ ）

希望するサービス内容及び利用者及び家族の意向・希望

希望曜日・時間

月	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
火	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
水	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
木	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
金	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
土	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇
日	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇

◎ サービス提供を行う上で留意すべき事項等

（1日に複数回の訪問介護を行う場合であって、その時間の間隔が概ね2時間未満である場合は、その理由・必要性を含めて記載すること。）

◎ サービス区分ごとの留意事項

（身体介護）

※ 2人の訪問介護員によるサービス提供を行う場合は、その理由を併記すること。

- 利用者の身体的理由（体重が重い等）により一人の訪問介護員等による介護が困難と認められる。
- 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる。
- その他（ ）

（生活援助）

※ サービス提供を行う場合は、その理由を併記すること

- 利用者が単身世帯
- 同居家族等が障害、疾病等により、家事を行うことが困難
- その他（ ）

(通院等乗降介助 ※身体介護における通院・外出介助を含む。)

◇ 利用目的

- 病院、診療所への通院

(通院先医療機関名:)

- 社会的事由によるもの

(具体内容:)

- その他日常生活上必要なもの

(具体内容:)

◇ 居宅介護支援事業者によるアセスメントの結果及び居宅サービス計画の記載内容

[]

※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号)

第2-2-(6)

「通院等のための乗車又は降車の介助」の単位を算定するに当たっては、適切なアセスメントを通じて、生活全般の解決すべき課題に対応した様々なサービス内容の1つとして、総合的な援助の一環としてあらかじめ居宅サービス計画に位置付けられている必要があり、居宅サービス計画において、

ア 通院等に必要であることその他車両への乗降が必要な理由

イ 利用者の心身の状況から乗降時の介助行為を要すると判断した旨

ウ 総合的な援助の一環として、解決すべき課題に応じた他の援助と均衡していることを明確に記載する必要がある。

◇ 医療機関内における介助(院内介助)について

必要性: 有 ・ 無

→有の場合(医療機関従事者が対応・訪問介護員が対応(介護給付の対象・介護給付の対象外))

大阪府における介護報酬算定に関する取扱い

院内介助については、原則として医療機関等のスタッフにより対応されるべきである。
ただし、例外的に院内介助が算定できるのは、適切なアセスメントやサービス担当者会議を通して、具体的な院内介助の必要性が確認されていて、医療機関により病院内の介助が得られないことが介護支援専門員により確認されている場合には、算定の対象となる。

この場合においては、居宅サービス計画に、

①適切なアセスメントに基づく利用者の心身の状況から院内介助が必要な理由

②必要と考えられる具体的なサービス内容(例えば、院内での移動時に転倒しないように側について歩く(介護は必要時だけで事故がないように見守る)場合や、他科受診のための移動時に車いすの介助)

③介護支援専門員によって、院内介助については、原則として医療機関等のスタッフにより対応すべきであるが、当該医療機関等においては、当該医療機関等のスタッフによる病院内の介助が得られないことが確認された経緯(何時、誰に、確認した内容)

を記載する必要がある。

この場合においても、診察時間、単なる待ち時間を除いた時間とするものである。なお、訪問介護員が診察室に同行して病状の説明を行うことや医師の指示等を受けることは、利用者が認知症であるなどの理由があっても、介護報酬の算定の対象とはならない。

また、訪問介護事業所においては、具体的な介助内容及びその標準時間を訪問介護計画に定めると共にサービス提供記録に記録する必要がある。

